Wniosek o zmianę Ubezpieczającego i przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia

Dotyczy: polisy nr

Dotychczasowy Ubezpieczający

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

PESEL REGON

Typ dokumentu tożsamości Nr dok. tożsamości

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Nowy Ubezpieczający

Typ podmiotu ☐ osoba fizyczna ☐ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej

(w przypadku osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą należy wypełnić dodatkowy druk zawierający dane osoby reprezentującej podmiot lub daną osobę fizyczną)

Płeć ☐ K ☐ M Stan cywilny ☐ panna/kawaler ☐ zamężna/żonaty ☐ rozwiedziona/rozwiedziony ☐ wdowa/wdowiec

Wykształcenie ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe

Imię (imiona)/nazwa firmy

Nazwisko/nazwa firmy cd.

PESEL Data urodzenia (d-m-r)

Typ dokumentu tożsamości Nr dok. tożsamości

Obywatelstwo REGON

NIP* PKD wiodąca

KRS/RHB Liczba zatrudnionych osób

Obrót roczny w ostatnim roku obrachunkowym: ☐ do 3 mln ☐ do 40 mln ☐ pow. 40 mln

Adres zameldowania/ siedziby firmy

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Tel. stacjonarny Tel. kom.

E-mail Faks

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zameldowania/ siedziby)

Ulica

Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy – Poczta Kraj

Oświadczenie Dotychczasowego Ubezpieczającego

Proszę o zmianę Ubezpieczającego w ww. umowie ubezpieczenia i oświadczam, że zrzekam się praw do niej z dniem roku.

Data Miejscowość

Podpis Dotychczasowego Ubezpieczającego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości**

Centrum Obsługi Klienta tel. 801 10 20 30, +48 22 567 67 01

COKZYZU-W02 10/11

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości).

Oświadczenie Nowego Ubezpieczającego

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Informuję, iż zapoznałem się z warunkami na jakich została zawarta ww. umowa ubezpieczenia, w tym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia obowiązującymi w dniu jej zawarcia oraz, że przejmuję na siebie obowiązek opłacania kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Jednocześnie oświadczam, że z dniem ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ roku przejmuję prawa wynikające z zawarcia ww. umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie.

Klauzula informacyjna:

Informujemy, że:

Dane osobowe podane w niniejszym wniosku:

a) będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, w celu oceny ryzyka i podjęcia decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia oraz późniejszej obsługi tej umowy i jej wykonania, w celu analitycznym oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.

b) nie będą nikomu udostępniane, za wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielenia informacji określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej lub jeżeli Ubezpieczony/Ubezpieczający wyraził na to pisemną zgodę.

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody w ramach klauzuli marketingowej Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora następującym podmiotom: Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A., Allianz Polska Otwartemu Funduszowi Emerytalnemu zarządzanemu przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne Allianz Polska S.A., Towarzystwu Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A., Allianz Polska Services sp. z o.o., Allianz Direct New Europe sp. z o.o. (adres siedziby ww. podmiotów: ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa), zwanym dalej „Spółkami Grupy Allianz Polska". Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do każdego z ww. podmiotów.

W przypadku zawierania przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą wyrażona poniżej zgoda w ramach klauzuli marketingowej dotyczy ujawniania danych reprezentowanego przez Panią/Pana podmiotu i obejmuje zwolnienie z tajemnicy ubezpieczeniowej na rzecz pozostałych Spółek Grupy Allianz Polska.

Klauzula marketingowa (TUNZ003/v2.2):

Wyrażam dobrowolną zgodę*** na udostępnianie moich danych, w tym danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie oraz pozyskanych w związku z zawartymi i wnioskowanymi umowami, Spółkom Grupy Allianz Polska wymienionym w klauzuli informacyjnej w celach analitycznych i marketingowych (w tym zgodę na zestawianie moich danych przez te Spółki), a także na przesyłanie przez Administratora i Spółki Grupy Allianz Polska informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej oraz przetwarzanie przez Administratora moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku niezawarcia umowy lub po jej rozwiązaniu.

Ubezpieczający*** ☐ Nie wyrażam zgody

⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋	_____	_____
Data	Miejscowość	Podpis Nowego Ubezpieczającego zgodny ze wzorem w załączonym dokumencie tożsamości**

Oświadczenie Ubezpieczonego

Udzielam Nowemu Ubezpieczającemu pełnomocnictwa do reprezentowania mnie, w tym składania wszelkich wcześniej ze mną uzgodnionych oświadczeń woli koniecznych do zmiany (także w zakresie sumy ubezpieczenia) umowy ubezpieczenia na życie, zawartej na moją rzecz na podstawie niniejszego wniosku.

⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋	_____	_____
Data	Miejscowość	Podpis Ubezpieczonego zgodny ze wzorem we wniosku o ubezpieczenie lub załączonym dokumentem tożsamości

* W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.
** W przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wymagana jest pieczęć i podpis osoby upoważnionej lub reprezentanta.
*** W przypadku braku zgody prosimy o postawienie X w polu obok.